

Cognitieve veroudering en de neuropsychologische vroegdiagnostiek

Citation for published version (APA):

Jolles, J. (1999). Cognitieve veroudering en de neuropsychologische vroegdiagnostiek. *Acta Neuropsychiatrica*, 11(1), 24-27. <https://doi.org/10.1017/S0924270800036322>

Document status and date:

Published: 01/01/1999

DOI:

[10.1017/S0924270800036322](https://doi.org/10.1017/S0924270800036322)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Cognitieve veroudering en de neuropsychologische vroegdiagnostiek

J. Jolles¹

Key-words: Neuropsychology, dementia, cognition, aging, early diagnosis

Sleutelwoorden: Neuropsychologie, demantie, cognitie, veroudering, vroegdiagnostiek

Ontvangen: 26-01-1999, geaccepteerd: 27-01-1999
Acta Neuropsychiatria 1999; 11:24-27.

Correspondentieadres:

Prof. dr J. Jolles

Universiteit Maastricht, Maastricht

Hersenen & Gedrag Instituut,

Vakgroep Psychiatrie & Neuropsychologie,

Postbus 616,

6200 MD Maastricht

INLEIDING

Al vele jaren is bekend dat vrijwel alle meetbare lichamelijke processen minder goed gaan verlopen naarmate men ouder wordt. Dit geldt ook voor het functioneren van het zenuwstelsel.

De meeste cognitieve vermogens nemen af bij het ouder worden. Dit geldt met name voor processen die samenhangen met onthouden en vergeten, met aandacht, concentratie en met het organiseren, het plannen van gedrag en met probleemoplossen. Bovenal zijn ouderen in vergelijking met jongeren trager in de uitvoering van allerlei cognitieve taken. Een prestatievermindering bij het ouder worden treedt vooral op in complexe taken die onder tijdsdruk moeten worden uitgevoerd. Met name ouderen kunnen hierdoor problemen ondervinden als gevolg van onze jachtige en voortdurend veranderende maatschappij.

In de laatste 15 jaar is gebleken dat veel mensen van middelbare leeftijd en ouder klachten hebben over onthouden en vergeten en over andere geheugen gerelateerde processen. Het toenemen van klachten hangt samen met de zogenaamde 'dubbele vergrijzing' en met het feit dat ouderen - meer dan voorheen - worden aangesproken op hun cognitieve vermogens.

Ouderen merken dat ze veel dingen minder goed kunnen dan vroeger en dat wekt bij hen insufficiëntie-gevoelens op en bij velen ook een 'angst voor demantie'.¹ Deze angst kan op haar beurt leiden tot een sterke stijging van de medische consumptie.

In het bijzonder geldt dit voor mensen in de tweede levenshelft (50 en ouder) die niet dement zijn maar wel cognitieve klachten hebben. Recentelijk zijn diverse diagnostische klassificaties voorgesteld voor deze groep. Cognitive Impairment No Dementia (CIND) en Age Associated Cognitive Decline (AACD) en Age Associated Memory Impairment (AAMI) zijn de belangrijkste. In voorliggend stuk wordt ingegaan op enkele issues ten aanzien van de neuropsychologische vroegdiagnostiek van demantie en de voorlopers daarvan. Voor een uitvoeriger beschrijving van de cognitieve veroudering en van de aanpak van het neuropsychologisch onderzoek bij cognitieve veroudering wordt de

lezer verwezen naar eerdere bijdragen in Acta Neuropsychiatria en elders.²⁻⁷

INDICATIES VOOR NEUROPSYCHOLOGISCHE VROEGE DIAGNOSTIEK

Een neuropsychologische bijdrage aan de vroege en differentiële diagnostiek kan relevant zijn bij klachten of stoornissen in de psychologische (gedrags-, emotionele/ affectieve- en/of cognitieve) functies en vaardigheden. Het kan gaan over klachten van vergeetachtigheid, over persoonlijkheid of over het vermogen van betrokkene om dingen te doen die vroeger veel gemakkelijker gingen. Ook angst, dysthyme klachten en gedeprimeerdheid, veranderingen in activiteiten in het dagelijks leven, in persoonlijkheid en veranderingen in werk of gezin die kunnen wijzen op een abnormale vermindering van vermogens of vaardigheden zijn erg relevant. Ten slotte vormen patiënten waarbij mogelijke risicofactoren voor leeftijdsgeassocieerde cognitieve problemen aan de orde zijn een goede indicatie voor neuropsychologisch onderzoek, zoals licht hersentrauma in de anamnese, slaapmiddelengebruik, blootstelling aan oplosmiddelen en operaties onder algehele anesthesie.

De neuropsycholoog vormt zich een oordeel over de relatieve bijdrage van medische en biologische, versus psychologische en sociale factoren. Persoonlijkheid en leefsituatie, maar ook leeftijd en dagelijkse activiteiten zijn van belang bij de diagnostiek met name in stadia dat de medicus (nog) geen hersenstoornissen of andere pathologie kan aantonen.

Het belang van vroegdiagnostiek betreft allereerst de mogelijkheid om vast te stellen of het profiel van stoornissen van de patiënt past bij een 'normale' ouderdomsvergeetachtigheid.

Het wegnemen van de angst voor demantie en het geven van adviezen over de manier van omgaan met de veranderde cognitieve vermogens is van groot belang.

In de tweede plaats gaat het om de differentiële diagnostiek van demantie en depressie.

Ten derde gaat het om een diagnostische bijdrage bij pa-

¹ Afdeling psychiatrie en neuropsychologie AMZ, Maastricht

tiënten met risicofactoren voor een hersenfunctiestoornis waarbij mogelijk sprake is van een interactie tussen de 'normale' hersenveroudering en risicofactoren voor hersendisfunctie. De lichte functievermindering die met leeftijd samenhangt, kan bij dergelijke patiënten zorgen dat preëxistente cognitieve problemen tot expressie komen en dat de coping c.q. het compensatiegedrag minder adequaat wordt, hetgeen leidt tot klachten en het probleemgedrag. Tot slot gaat het om patiënten bij wie door de arts reeds de voorlopige diagnose dementiesyndroom of een specificering daarvan gesteld is. Als een belangrijke bijdrage zal de neuropsycholoog - in dit geval als gedragswetenschapper - door middel van een nauwkeurige omschrijving van de functiestoornissen en de wijze waarop de patiënt daarmee omgaat kunnen adviseren over behandeling, begeleiding en zorg.

VRAAGSTELLINGEN VOOR NEUROPSYCHOLOGISCHE VROEGDIAGNOSTIEK

Tot een aantal jaren geleden was een belangrijke vraagstelling voor de neuropsycholoog 'of er sprake is van hersenafwijkingen'. De verwijzer vroeg dan naar 'organiteit' of 'encefalopathie'. Als zodanig was de neuropsycholoog een hulpdiagnost voor de medicus. Momenteel is het aantal relevante vraagstellingen sterk toegenomen en is de vraag naar hersenstoornissen en de lokalisatie daarvan minder relevant geworden. Dit komt natuurlijk deels door de opkomst van de beeldvormende methoden ('brain imaging': CT-scan, MRI en SPECT) waarmee hersenstructuur en hersenfunctie beter in kaart kunnen worden gebracht. Daarnaast wordt echter steeds duidelijker ervaren, dat de diagnostiek meer is dan een eindstadium. Het kan juist het beginpunt zijn voor een adequate behandeling of begeleiding van patiënt en/of diens steunsysteem.

Belangrijke vraagstellingen waar de neuropsycholoog in principe een antwoord op moet kunnen geven hebben daarom te maken met aard en ernst van beperkingen, het profiel van goede en slechte functies, adviezen met betrekking tot behandeling, begeleiding en zorg en het omgaan met de klachten. Vooral de nauwkeurige analyse van functies en vaardigheden is erg relevant, evenals van de psychologische verwerkingsprocessen en (psycho)sociale consequenties.

Voorts gaat het om een oordeel met betrekking tot de mate waarin er naast een stoornis sprake is van een beperking of handicap, alsmede het formuleren van adviezen voor een behandelbeleid. Tevens is de neuropsycholoog beter uitgerust om het beloop vast te leggen, omdat meer de nadruk wordt gelegd op kwantificeren. Evaluatie van biologische en niet-biologische interventies is derhalve een belangrijke taak voor de neuropsycholoog. Ten slotte blijft de vraagstelling naar lokalisatie van het onderliggende cerebraal substraat van belang. Let wel dat het hierin niet gaat om de lokalisatie van de gedrags/cognitieve functie! Wel gaat het om het identificeren van hersenstructuren die mogelijk disfunctioneren.

AANPAK VAN DE NEUROPSYCHOLOGISCHE VROEGE DIAGNOSTIEK

Wanneer een patiënt verwezen wordt voor neuropsychologisch onderzoek, kan dit het best plaatsvinden in de context van een multidisciplinair team. Door een multidisciplinaire samenwerking wordt gegarandeerd dat het resultaat van de neuropsychologische interventie wordt ingebed in het totaal van medische, c.q. neurologische en psychiatrische diagnostiek; zo wordt voorkomen dat de bijdrage van de neuropsycholoog - die geen specialist is op het gebied van hersenziekten of van de psychopathologie - te geïsoleerd is en daardoor te weinig zeggingskracht heeft. Het neuropsychologisch onderzoek bestaat uit een combinatie van anamnese en hetero-anamnese, gedragsobservatie en psychologische tests.

Belangrijke rubrieken ten aanzien van functies en vaardigheden waarover middels gesprek (al dan niet in hetero-anamnese) een oordeel moet worden verkregen zijn de volgende:

- 1) vitale en energetische functies;
- 2) affectieve functies;
- 3) concentratie- en aandachtsstoornissen;
- 4) waarnemingsfuncties;
- 5) geheugenfuncties en leervermogen;
- 6) taal, spreken en articuleren;
- 7) leren, schrijven, rekenen;
- 8) oriëntatie en visuoconstructie;
- 9) probleemoplossen en hoger cognitieve functies;
- 10) bewegen;
- 11) handelen en praxis en
- 12) planning en gedragsorganisatie. Daarnaast moet een oordeel verkregen worden over de relevante levensomstandigheden (werk- en gezinssituatie, stress, carrière perspectief) alsmede psychologische verwerking (gedeprimeerdheid, angst, wrok, verkeerde attributies, hypochondrie, enz.) en sociale factoren (ziektewet, woonomstandigheden, e.d.).

Het voorbereidend gesprek is een essentieel onderdeel van het gehele onderzoek. Hierin worden over de aard en ernst van de functiestoornissen en verwerkingsproblematiek hypothesen gevormd die in het psychologisch testonderzoek worden getoetst. Door middel van de (hetero)anamnese wordt kennis verkregen over de klachten en de ontwikkeling daarvan in de tijd alsook over de wijze waarop en de mate waarin de cognitieve stoornissen in gedrag en gevoelsmatige problemen in het dagelijks leven tot uiting komen. Voorts levert de (hetero)-anamnese kennis op over mogelijk relevante somatische en psychosociale risicofactoren en over de wijze waarop betrokkene met de klachten omgaat. Door middel van het gesprek kunnen vele zaken worden geobserveerd ten aanzien van functies en vaardigheden, los van de inhoud en de gevoelswaarde van wat in het gesprek naar voren komt. Ten aanzien van de opzet van het neuropsychologisch onderzoek wordt naar andere publicaties verwezen. Op de Maastrichtse geheugenpolikliniek gaat het om testonderzoek waarin de verschillende cognitieve functies en deelfuncties worden gemeten met behulp van formele

tests (waarneming, geheugen, lezen, schrijven, rekenen, taal en spreken, planning en probleemoplossing, bewegen, handelen en psychomotoriek). Daarnaast wordt door middel van tests een indruk verkregen omtrent activiteitsniveau, aandacht, vermoeibaarheid en dergelijke en over affectief functioneren en persoonlijkheid. Er wordt gezocht naar een profiel van sterke en zwakke punten; normen nemen hierin wel een relevante plaats in, maar minder absoluut dan voorheen. Een relevante vernieuwing in de neuropsychologische diagnostiek ten aanzien van de cognitieve veroudering is de nadruk op informatieverwerkingsprocessen. Door meting van de snelheid (en soms accuratesse) waarmee cognitieve taken worden uitgevoerd, wordt een maat verkregen van functies (en daardoor: hersenprocessen). Bij het ouder worden is de patiënt gewoonlijk in staat om een normale test uit te voeren, maar het kost hem of haar soms echter (veel) meer moeite, en dit is meetbaar in de benodigde tijd (zie verder Jolles³).

SPECIFIEKE PROBLEMEN IN DE VROEGE DIAGNOSTIEK

Het is tot heden regel dat het neuropsychologisch onderzoek standaard wordt uitgevoerd en niet sterk bepaald wordt door patiëntkenmerken zoals de medische voorgeschiedenis en de ernst. Echter, wanneer een standaard onderzoek wordt afgenomen kan onvoldoende worden ingegaan op subtiele verschillen tussen patiënten. Zodoende kan de aanpassing van het te gebruiken instrumentarium dat nodig is voor een optimale kennisverwerving niet plaatsvinden. De aard en uitvoering van het neuropsychologisch onderzoek zijn evenwel sterk afhankelijk van variabelen waarmee tot nu toe niet voldoende rekening wordt gehouden:

- 1) Aard van de dementie: de etiologie en pathogenese van het dementiesyndroom zijn bepalend voor de uiting ervan. Aangezien bij de ene patiënt focale functieuitval op de voorgrond staat en bij een andere patiënt gedragsstoornissen, moet de aard van de (neuro)psychologische interventie en de keuze van methodieken verschillend zijn. Dit geldt in het bijzonder vanwege verwerkingsproblematiek die bij de verschillende soorten patiënten verschillend is.
- 2) Fasen in de dementie: bij predemente mensen treden veranderingen in testprestaties op die vergelijkbaar zijn met die bij 'normale veroudering'. De differentiatie kan derhalve alleen plaatsvinden met zeer gevoelige methoden. Het feit dat deze stoornissen moeilijker meetbaar zijn in deze vroege fasen betekent niet, dat deze minder relevant zijn: ze zijn weliswaar (nog) beperkt tot enkele functiegebieden maar zijn gewoonlijk voor patiënt en omgeving zeer invaliderend. In latere fasen is de vaststelling van 'dementie' minder moeilijk, wel de differentiatie daarbinnen. Ook ten aanzien van onderzoeksmethoden bestaat dan minder keuze.
- 3) Leeftijd en psychosociale factoren. Een relatief jonge

patiënt in een vroeg stadium van dementie (bijv. 63 jaar) zal een andere diagnostiek en interpretatie krijgen dan een van 83 jaar. De psychosociale context is zeer verschillend evenals het verwachte niveau van functioneren. Ook de wijze waarop betrokkene omgaat met de stoornissen hangt hiervan af.

- 4) Eerder verworven hersenletsel: met de leeftijd neemt de kans toe dat invloeden op het organisme hebben ingewerkt die hebben geleid tot hersendisfuncties: traumatische hersenletsels, intoxicatie, anoxie, anesthesie, bepaalde medicijnen kunnen invloed hebben op de hersenen die parallel lopen aan het natuurlijk verouderingsproces. Een ouder iemand bij wie verschillende van dit soort factoren samenwerken met veroudering kan een klinisch beeld gaan vertonen dat kenmerken heeft van dementie.

CONCLUSIE

In de afgelopen jaren is veel inzicht verworven in de factoren die bepalend zijn voor de cognitieve functiestoornissen bij veroudering. Medische factoren zoals hersentrauma in de anamnese, alcoholgebruik, maar ook opleiding en psychosociale factoren zijn relevant. De vraag naar 'normale' dan wel 'succesvolle' of ziekelijke vormen van cognitieve veroudering wordt daarin van groot belang. De neuropsychologie ontwikkelt zich tot een discipline die multidisciplinair werk doet en bijdraagt aan de evaluatie van gegevens uit een aantal verschillende werkvelden. De veelheid van deze factoren waarmee rekening moet worden gehouden, alsmede de complexiteit van de problematiek waarin zowel gedrags- (psychologische) als neurologische/biologische factoren een rol spelen impliceert wel, dat de neuropsychologische vroege (en differentiële) diagnostiek bij voorkeur wordt uitgevoerd door een ervaren neuropsycholoog-specialist die werkt in een multidisciplinair team met een neurologische en psychiatrische inbreng.

SUMMARY

Cognitive aging and early neuropsychological diagnostics

With aging, most cognitive functions decline, especially processes concerning memorizing, attention, concentration, organizing, planning and problem solving. Neuropsychology can make an important contribution in early and differential diagnostics. The borderline between normal and pathological cognitive aging is especially important in this respect. The neuropsychologist gains insight in medical, biological, psychological and social factors of the aging person. Has the profile of complaints and deficits a normal background or is a pathological process taking place? It is important to people who are unnecessarily worried about possible dementia.

Neuropsychological assessment also provides information about a patient's disturbed and undisturbed cognitive functions, their personality and their way of coping with problems in everyday's life. This is of major importance, because it provides information and possibilities for biological or psychological interventions. Because of the complexity of problems that may occur, it is necessary that the neuropsychologist is experienced and works in a multidisciplinary team in which neurological and psychiatric expertise is present.

Literatuur

1. Commissaris CJAM, Jolles J. Voorlichting over dementie en vergeetachtigheid in de dag- en weekbladpers. Tijdschr Geront Geriat 1994; 25: 163-8.

2. Houx PJ, Vreeling FW, Jolles J. Rigorous health screening reduces age effect on memory scanning task. Brain Cogn 1991; 15: 246-60.
3. Jolles J. Cognitive, emotional and behavioral dysfunctions in aging and dementia. Prog. Brain Research 70: 429-441, 1986.
4. Jolles J. Cognitieve veroudering en de neuropsychologisch vroege en differentiële diagnostiek. In: MMA Derix & MM Blom Eds., Meten is Weten. Dementie, diagnostiek en de psycholoog, 19-37. Baarn: Vereniging Psychologie en Ouderen, 1995.
5. Jolles J, Houx PJ, Boxtel MPJ van, Ponds RWHM. The Maastricht Aging Study: Determinants of cognitive aging. Maastricht: Neuropsych Publishers, 1995.
6. Jolles J, Verhey FRJ, Riedel WJ, Houx PJ. Cognitive Impairment in Elderly People: Predisposing Factors and Implications for Experimental Drug Studies. Drugs and Aging 1995; 7: 459-79.
7. Verhey FRJ, Jolles J, Ponds RWHM, Rozendaal N, Plugge LA, Vet RCW de, Vreeling FW, Lugt PJM van der. Diagnosing dementia: comparison between a monodisciplinary and a multidisciplinary approach. J Neuropsychiat clin Neurosci 1993; 5: 78-85.

BOEKBESPREKING

Praag HM van. Voorbij de Hoofdstroom. Over de wetenschappelijke ankerpunten van een psychiatrische loopbaan. Amsterdam: Balans. (pp.318; Hfl.55,0, ca. BEF 1.000,-)

Deze bloemlezing is om meerdere redenen interessant. Ze omspannt met 14 publicaties van 1964 tot 1998 van onze meest productieve vakbroeder een cruciale tijdsspanne van de ontwikkeling van ons vak. Een systeem als de DSM-III en in het vervolg daarvan de ICD-10 waren een reactie op de wijze waarop tevoren het vak bedreven werd: veeleer 'essayistisch' zoals de auteur het zelf noemt, dan wetenschappelijk. Maar ja, hoewel iedereen weet dat praatjes geen gaatjes vullen, is aan deze ommekeer een periode van hard werken door bezielde pioniers voorafgegaan. De auteur kan met recht en reden zeggen dat hij in de vuurlinie heeft gestaan. Empirische wetenschappelijkheid, diagnostiek en classificatie en geen psyche zonder brein zijn de ankerpunten van zijn werk geweest. Uit zijn werk rijst zeker voor jongere collega's een bezonken en boeiend zicht op doen en denken in het vak gedurende de jaren zestig en zeventig. Ook is duidelijk dat het denken van de auteur een ontwikkeling heeft doorgemaakt. Dit is uitgemond in zijn interesse voor functionele psychopathologie en functionele psychofarmacologie. Met zijn voorkeur voor het reactievormmodel neemt hij afstand van het nosologisch denken. De begeleidende teksten van de auteur geven een gepaste toelichting en het boek sluit met een deel uit zijn inaugurale rede en zijn afscheidscollege te Maastricht. Voor degenen die in de geschiedenis van het vak geïnteresseerd zijn is het een boeiend werk; de auteur is uiteraard de meest geschikte persoon om de kwaliteit van de bloemlezing te garanderen. Van zijn werk voor de biologische psychiatrie kan men slechts de Romeinse dichter Horatius (65-8 v. Chr.) citeren: 'Exegis monumentum, aere perennius' (Gij hebt een monument opgericht, duurzamer dan een bries).

dr M.J.A.J.M. Hoes

BOEKBESPREKING

B. van Houdenhove. Ziek zonder Ziekte. Beter begrijpen van psychosomatische klachten. Tielt: Lannoo, 1998. (pp. 168)

Dit boek behandelt met het chronisch vermoeidheidssyndroom als kapstok de psychosomatische wijze van doen en denken, gebaseerd op de 25 jaren ervaring van de auteur. Het boek is bedoeld voor patiënten en te dien einde rijkelijk van klinische vignetten voorzien. Heel terecht zegt de auteur dat de groep patiënten die hij op het oog heeft in de klassieke geneeskunde overal buiten de boot vallen: ze hebben immers geen objectiveerbare ziekte, althans geen die in orde, maat en getal van het een of ander uitgedrukt kan worden. Het centrale begrip in deze psychosomatiek is 'stress' (eigenlijk strain). Hoe de dokter daarmee omgaat in de polikliniek, bij een opname en qua farmacotherapie wordt rustig uitgelegd. Voor de dokters is dit ongetwijfeld het belangrijkste en zeker een belangrijk aspect: Verlies je geduld niet, geneeskunst draait om vertrouwen, geneeskunde zonder geneeskunst maakt methodische brokken. Festina lente.

dr M.J.A.J.M. Hoes